

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE ^{N°} 736

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention MÉDECINE)

PAR

Gerson ROSENBAUM

Né le 22 Avril 1909 à Cracovie (Pologne)

TRAITEMENT

des Métrites Cervicales
par la Méthode de
Vaccination locale de Besredka

Président : M. DÉBRÉ, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

—
1935

885

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Gerson ROSENBAUM

Né le 22 Avril 1909 à Cracovie (Pologne)

TRAITEMENT

des Métrites Cervicales

par la Méthode de

Vaccination locale de Besredka

Président : M. DÉBRÉ, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V°)

—
1935

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	PROUST
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgi- cale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie patholo- gique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ...	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLET-BERT .	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI	}	Clinique médicale.
ALAJOUANINE ..		
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
HARVIER		
LIAN		
PASTEUR- VALLERY-		
RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale.
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER ..		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ	}	
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
GUENIOT		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL		
METZGER		

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Dont la vie toute de labeur me fut le plus précieux exemple.

Puissent-ils trouver ici un faible témoignage de ma reconnaissance la plus profonde et de ma tendresse filiale.

A MON FRERE et A MA BELLE-SŒUR

Qui m'ont entouré des soins fraternels au
cours de mes études.

A MA FEMME

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS DE FRANCE ET DE POLOGNE

A Monsieur DÉBRÉ

*Prof. de Bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Médecin à l'hôpital Héroid*

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Hommage profondément respectueux.

A Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

*Accoucheur de l'hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'Honneur*

Qui m'a permis de poursuivre dans son
service les travaux nécessaires à l'accom-
plissement de ce travail et qui m'a tou-
jours réservé un accueil plein de bienveil-
lance.

En témoignage de mon respect profond et
reconnaissant.

A Monsieur le Docteur DAUNAY

*Ex-chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine
Assistant consultant à l'Institut de Puériculture Hospitalière
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier d'Académie*

Qui m'a inspiré ce travail et prodigué ses
précieux conseils.

En témoignage de ma très respectueuse
gratitude.

A Monsieur le Docteur GALLET

*Ancien Assistant de Physiologie à la Faculté
Assistant de Consultation à la Maternité de Lariboisière*

Qui m'a aidé constamment de ses conseils.
Je le prie de croire à ma reconnaissance
respectueuse.



INTRODUCTION



Une notion nous guidera dans notre étude : celle qui consiste à sauvegarder chez une femme jeune les chances de grossesse et les possibilités d'accouchement sans complications d'infection.

Cette question des rapports de la métrite chronique du col et de la stérilité féminine, a fait l'objet de trop de travaux pour que nous ayons la prétention de la reproduire dans l'ensemble ; nous ne pouvons pourtant pas la passer sous silence et nous en reparlerons brièvement par la suite en attirant l'attention sur quelques points particuliers, importants, dans le traitement de la cervicite chronique.

Mais, disons tout de suite, l'intérêt primordial consiste à intervenir d'une façon prompte et telle que sans arriver aux dangers d'une annexite et surtout aux résultats toujours pour le moins moralement, tristes, on puisse instaurer un traitement à la portée de tout le monde.

Jusqu'à ce jour, en somme, l'évolution de la maladie subit l'implacable influence de l'inégalité de situation

sociale de la femme qui en est atteinte. Telle à qui sourit la fortune verra, sous l'effet d'un repos prolongé au lit, d'injections vaginales chaudes, fréquentes et abondantes, de pansements vaginaux quelquefois compliqués, de séjour dans des stations thermales, enfin, peu à peu ses lésions disparaître.

Telle autre ouvrière travaillant à la pédale, couturière, ménagère enfin, occupée par ses travaux domestiques, n'ayant ni loisirs, ni encore moins les moyens de se soumettre à un tel traitement de haut luxe, devra subir jeune encore une intervention chirurgicale, qui l'amointrira toujours, ou continuera à être l'esclave de son mal.

Résultat social déplorable dans les deux cas : autant de femmes presque toujours stériles pour l'avenir. Résultat moral parfois plus triste encore, voir désastreux : femmes déprimées physiquement, neurasthéniques, frigides, autant de drames de famille où une incompréhension peut déclencher de tragiques désunions. Et pour se rendre compte de cet état de chose, il suffit de voir dans les milieux pauvres, le chiffre relativement élevé de femmes hystérectomisées ou non mais stériles, par rapport à celui correspondant aux femmes aisées chez lesquelles entre pourtant assez souvent en ligne de compte l'amour de la richesse et du luxe qui les pousse à la suppression volontaire de la maternité. Le mot « prolétaires » (proles-enfants), devient peu à peu un anachronisme étymologique et cependant, certes, la classe ouvrière est loin d'avoir le monopole des infections génitales.

Pour toutes ces raisons : frappons fort et de façon la

moins compliquée possible mais efficace. Nous devons soigner le col en le respectant et éviter, autant que possible, toutes les manœuvres qui risqueraient d'empêcher ou même d'entraver une maternité encore possible et trop souvent vainement désirée. Actuellement, l'entrée des vaccins dans la thérapeutique nous permet d'atteindre ce but.

CERVICITES

Il est bien entendu que nous n'envisagerons ici que les métrites du col à l'exclusion de toute inflammation du corps de l'utérus avec ou sans lésions annexielles. Nous ne parlerons ici que des cervicites pures. Du reste, en dehors de l'état puerpéral la prédominance des lésions cervicales est la règle.

Il n'y a pas qu'une métrite du col, il y en a deux : 1) l'*exocervicite* et 2) l'*endocervicite*. Plus la lésion est ancienne, plus cette différenciation semble nette au point de vue anatomique. En réalité, la forme qui nous intéresse en premier lieu : l'exocervicite, semble être la forme du début.

ETHIOLOGIE ET PATHOGENIE

En gros, il semble que les exocervicites soient surtout des métrites virginales ou puerpérales, tandis que les endocervicites seraient surtout d'origine gonococcique. En réalité, cela est bien difficile à établir car en pratique on ne trouve presque jamais le gonocoque dans les pertes, et, d'ailleurs, au point de vue thérapeutique cela n'a que peu d'importance. Ce qu'il faut savoir, c'est que les deux gran-

des causes de la cervicite sont la blennorragie et la puerpéralité. Cette métrite est toujours subaiguë ou chronique ; les germes moyennement ou peu virulents envahissent de proche en proche les glandes du col et y restent cantonnés, du moins pendant fort longtemps : c'est une métrite qui évolue à bas bruit et qui, en absence de tout traumatisme utérin ou autre cause accidentelle, peut ne jamais dépasser les limites du col.

La métrite puerpérale est d'abord une métrite du corps, son principal agent pathogène, le streptocoque, pénètre à la faveur de la plaie utérine, puis envahit la muqueuse, cette métrite ne reste que très rarement corporelle, en général, après un temps plus ou moins long elle devient cervicale, parfois elle s'éteint dans le corps et persiste dans le col. Quelquefois même le processus infectieux est tellement atténué qu'il passe inaperçu au début et n'est reconnu qu'à l'état de métrite du col. Quelle que soit l'importance du rôle joué par la puerpéralité dans la genèse des infections utérines, la principale cause des métrites du col est encore la *blennorragie*.

La métrite gonococcique est rarement aiguë, habituellement elle est chronique d'emblée et *reste localisée au col*. Très tenace au niveau de la muqueuse cervicale, elle a peu de tendance à envahir la cavité utérine aussi longtemps qu'une autre cause ne vient pas s'y ajouter : exploration utérine intempestive, dilatation ou même une simple hystérométrie, un curetage, une augmentation de la virulence microbienne enfin. La puerpéralité exerce une action particulièrement fâcheuse sur la métrite du col — quand elle

survient — qu'il s'agisse d'un avortement ou d'un accouchement normal.

A côté des deux grands facteurs de cette métrite qui sont le gonocoque et le streptocoque, il faut citer pour mémoire la métrite virginale. Souvent le gonocoque en est là encore l'agent, la métrite succédant à une vulvo-vaginite

Mais il en est pour lesquelles on ne peut incriminer ni infection blennorragique, ni la puerpéralité ; ces faits sont d'ailleurs plus rares en réalité qu'en apparence, il semble alors qu'on doive mettre en cause une augmentation de la virulence des microbes habituels du vagin qui de saprophytes deviennent pathogènes.

Le colibacille — et nous l'avons constaté — pourrait bien être l'agent de quelques-unes de ces métrites qui surviennent sans cause appréciable chez des femmes en bon état général, mais constipées chroniques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelle que soit la cause de l'infection, les altérations des éléments anatomiques sont sensiblement les mêmes. L'infection détermine une prolifération très active des divers éléments de la muqueuse. Les glandes s'allongent, se ramifient et poussent des prolongements, de plus en plus profonds dans le fibro-muscle de la paroi. Elles s'agrandissent, se dilatent et s'emplissent de mucus visqueux, puis de muco-pus. Le tissu interstitiel prolifère à son tour, se sclérose et comprime les glandes qui présentent dès lors des dilatations kystiques, visibles parfois à la face externe

du col qu'elles finissent par atteindre, en traversant toute l'épaisseur de la paroi cervicale et où elles vont constituer ces saillies opalines que l'on désigne sous le nom d'œuf de Naboth. La muqueuse ainsi tuméfiée se trouve bientôt à l'étroit dans la cavité du col. Elle s'éverse alors et vient saillir au dehors, simulant une ulcération bourgeonnante et granuleuse ; c'est *ectropion de la muqueuse*. Autour de l'orifice on observe parfois des érosions qui simulent elles aussi des ulcérations. Elles sont dues à la macération de la muqueuse cervicale par l'écoulement continu des glaires. A leur niveau l'épithélium pavimenteux a fait place à l'épithélium cylindrique. Ces érosions peuvent se retrouver au niveau de la muqueuse vaginale. Enfin, le parenchyme richement vasculaire est semé de petits abcès miliaires au niveau des glandes. Les dilatations glandulaires kystiques parfois considérables, la sclérose du tissu interstitiel, la vascularisation du parenchyme donnent au col un aspect bosselé, violacé et de consistance irrégulière. Très souvent les lésions ne sont pas cantonnées sur le museau de tanche mais débordent sur les culs-de-sac vaginaux réalisant une vaginite chronique associée.

Symptômes

Une fois la métrite du col installée et quelle que soit la cause qui lui a donné naissance, sa symptomatologie est toujours à peu près semblable, ce qui ne saurait nous étonner, étant donné la similitude des lésions anatomiques. Les symptômes sont frustes du reste, et on ne trouve ici que difficilement le syndrome utérin de Pozzi, si net dans

les métrites du corps. Douleurs, troubles de la menstruation, leucorrhée s'observent néanmoins.

La leucorrhée est de beaucoup le symptôme qui domine la scène, et qui est le plus constant. Depuis des mois ou des années, la muqueuse du col irritée, fournit continuellement ou par intermittence des sécrétions de mucus ou de muco-pus, épais et filant, d'une teinte variant du gris au vert. Ces glaires s'échappent de l'orifice externe, y adhèrent fortement et ne s'en détachent qu'avec une difficulté extrême. Outre les complications qu'elles entraînent au niveau du col qu'elles macèrent, elles souillent la vulve, tachent le linge obligent la malade de porter une garniture en permanence, souvent entretiennent au niveau de la vulve et de la face interne des cuisses une irritation pénible et douloureuse qui peut se compliquer de lichéinification. Elles constituent une perte continue de substances albuminoïdes qui ne vont pas sans affaiblir les malades. Enfin, elles provoquent des troubles nerveux, car certaines femmes qui tachent à peine leur linge, sont torturées par cette souillure quotidienne qui blesse tous les instints de propreté, de coquetterie et leur rappelle constamment une maladie décourageante par sa persistance. On voit de ces malheureuses qui ne souffrent pas ou fort peu, mais dont la vie est empoisonnée par cet écoulement intarissable.

Douleur

Dans les cervicites chroniques elle est rare. A peine les malades accusent-elles parfois quelques sensations de pesanteur au niveau des reins. Les rapports sexuels eux-mêmes sont le plus souvent bien tolérés.

Troubles menstruels

Ils sont encore plus inconstants. En général, les règles sont normales dans leur apparition, leur durée et leur abondance. Parfois cependant on pourra observer des crises douloureuses avant et pendant le flux menstruel, surtout chez les nullipares où l'orifice interne du col est en même temps enflammé et extrêmement étroit.

Signes physiques

Le toucher chez ces malades n'est pas douloureux. La douleur, surtout si elle est vive doit faire soupçonner une réaction péritéritine ou annexielle. Le plus souvent le col est augmenté de volume, irrégulier dans sa forme et sa consistance, et présente au toucher un damier des plages molles et des plages dures et sclérosées. On sent parfois au doigt la saillie résistante d'un œuf de Naboth. Au spéculum l'aspect du col varie suivant que la femme a eu des enfants ou est multipare. Chez les multipares le col est étalé, gros, mou et violacé. De l'orifice, qui rappelle la fente d'une tirelire, s'échappe la muqueuse intracervicale herniée, turgescente, saignante et granuleuse. Ça et là, à la surface du col saillent les kystes opalins des glandes hypertrophiées. Chez les nullipares il est, en général, conique et les sécrétions qui le distendent lui donnent une forme de barillet (Bouilly). L'orifice est punctiforme, mais, qu'il soit punctiforme ou fendu on en voit sourdre et pendre une grosse glaire épaisse et adhérente, jaune ou verdâtre, parfois sanglante. Par elle le col est hermétiquement clos. Aucun spermatozoïde ne pourra forcer le passage, c'est la stérilité.

CERVICITES ET STERILITE

Afin de pouvoir se prononcer sur la possibilité d'une grossesse chez une femme atteinte de métrite externe, nous devons tout d'abord poser avec précision le diagnostic de la forme : s'agit-il d'une *exocervicite* ou d'une *endocervicite* ? Contrairement à ce qu'on pourrait croire l'exocervicite n'est pas grave au point de vue stérilité. Le chimisme vaginal est évidemment modifié, mais fait important, les glaires intracervicales sont normales et les spermatozoïdes pour peu qu'ils se déplacent vite et qu'ils soient résistants arrivent à gagner l'orifice cervicale où dès lors ils sont sauvés. Cela explique ces faits surprenants de grossesse survenant chez des femmes où peu de temps auparavant on avait reconnu une exocervicite nette, que l'on s'apprêtait à soigner. L'exocervicite désagréable pour la femme qui en est atteinte n'est pas grave au point de vue stérilité, car si elle modifie plus ou moins le milieu chimique vaginal, elle respecte les glaires intracervicales, et cela est capital.

L'endocervicite, au contraire, souvent méconnue de la femme qui en est atteinte, surtout quand elle existe à l'état pure, est extrêmement grave au point de vue stérilité, car elle modifie profondément le chimisme du col sans parler des lésions plus graves qu'elle peut entraîner (métrite du corps et salpingite).

Voilà comment aux ennuis et dangers de la métrite s'ajoute le chagrin de ne pas être mère. Comment la fécon-

dation pourrait-elle s'opérer quand la cavité est obstruée par un véritable bouchon muqueux qui, par ses glaires visqueuses, abondantes et anormales, au point de vue chimisme, oppose aux spermatozoïdes une barrière infranchissable ?

CERVICITES ET CANCER

Les caractères de chronicité particulièrement marqués des ulcérations cervicales font que sur le col, plus que partout ailleurs, l'inflammation chronique est susceptible de favoriser le développement des tumeurs malignes.

Des faits cliniques nombreux prouvent cette relation indiscutable existant entre les lésions inflammatoires chroniques et le cancer du col. On trouve très souvent, dans les antécédents des malades présentant un cancer du col les signes d'une cervicite ancienne plus ou moins négligée, ayant préexistés aux signes propres du cancer. La transition paraît insensible entre les signes de l'inflammation chronique et ceux de la tumeur maligne. Aucune affection n'est plus rebelle, plus tenace que la cervicite chronique. Son évolution, par poussées inflammatoires, à très longue échéance fait que, nulle part, la loi de pathologie générale que le cancer se greffe sur les vieux foyers d'infection, ne trouve plus qu'ici son application. La fréquence des ulcérations métritiques chroniques, la fréquence des déchirures obstétricales du col, qui créent un ectropion de la muqueuse favorable à l'infection et aux érosions, sont encore autant de faits

cliniques qui donnent à la cervicite chronique des caractères permettant la greffe du cancer.

Les examens *anatomo-pathologiques* enfin, confirment les faits cliniques, et montrent des modifications cellulaires précancéreuses. De l'étude des variétés histologiques des cervicites chroniques, on aboutit à cette conception que l'inflammation chronique est susceptible de créer, par une hyperplasie de plus en plus marquée des éléments glandulaires, une sorte de tumeur bénigne inflammatoire. Une véritable chaîne se constituerait, dont le premier chaînon serait l'inflammation chronique et le dernier le cancer, en passant par la tumeur bénigne d'origine inflammatoire.

Enfin on trouve certainement coexistant avec des états inflammatoires chroniques, soit des lésions cancéreuses, soit des véritables états précancéreux caractérisés par des modifications cellulaires à tendances anarchiques, c'est-à-dire des monstruosité cellulaires et des mitoses anormales située en plein épithélium, en dehors de la couche germinative.

De la notion des relations évidentes entre le cancer et les inflammatoires chroniques du col découle la nécessité d'un traitement sévère de la cervicite chronique et de ses ulcérations chroniques : *véritable traitement préventif du cancer*. Pour cela, biopsie aidant, on doit tout faire pour reculer ainsi les limites de la prophylaxie du cancer du col.

Dans le chapitre concernant le traitement des métrites externes par la vaccinothérapie locale — nous parlerons en nous basant sur les travaux du professeur Hartmann

de M. Aitoff et de Mme Fabre (1), sur l'importance de ce traitement ayant pour but préparer le terrain dans le traitement des cancers sphacétés du col par la radiumthérapie.

(1) Hartmann (H), Aitoff (M.) et Fabre (S) : Vaccinothérapie locale (antivirusthérapie des cancers sphacelés du col utérin. Presse Médicale 1929.

TRAITEMENTS

a) *Historique*

..

Quand on fouille la littérature médicale à la recherche des traitements employés par les anciens auteurs contre la métrite du col, on est frappé de voir la place importante faite aux caustiques, il en est continuellement question, non seulement à cause des accidents souvent graves qu'ils provoquaient, mais aussi du succès qu'on leur devait parce qu'ils constituaient le seul traitement héroïque.

Avant 1842 parmi la foule des agents caustiques essayés successivement, un petit nombre seulement avait été retenu dans la pratique courante. Le chlorure de Zn. a été employé par Polaillon et Dumontpallier sous forme de crayon (son mode de présentation le plus ancien) en attouchements et même en injections intra-utérines. Pierre Delbet utilise deux solutions, l'une à 30, l'autre à 40 %, méthode dangereuse et très douloureuse. Le chlorure de zinc ainsi employé constituait un caustique violent et escarrotique qui produisait des atrésies suivies quelquefois d'hémato-salpingite double, tel le cas de Routier et plusieurs faits analogues rapportés par d'autres auteurs. Le nitrate d'argent sous forme de crayon, occasionnant des atrésies et des coliques très douloureuses, le perchlorure de fer, l'acide phénique, l'acide nitrique eurent tous, tour à tour, leurs fervents adeptes.

Dupuytren et Amussat s'adressèrent à la potasse caustique, mais celle-ci présentait des inconvénients graves, car en se liquéfiant elle fuse au moment de son application dans les culs-de-sac vaginaux et son contact produit des escarres et même des perforations du vagin.

Thizy de Bruxelles et Gendrin à Paris adoptèrent la pâte de Vienne qui avait les mêmes inconvénients que la potasse. Sous l'inspiration de Dumassat, Filhos et Gallot, pharmaciens de Paris donnent au caustique une consistance telle qu'il ne se liquéfie que difficilement de sorte qu'on peut limiter son action à l'endroit voulu.

Richelot père fut le grand partisan des cautérisations avec le caustique de Filhos et de 1850 à 1880, traite toutes les malades atteintes d'engorgement du col utérin par cette méthode. Pendant un certain temps abandonné, le Filhos fut repris de nouveau par M. G. Richelot qui l'a vanté dans ses communications devant la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, en mai 1900, novembre 1901, décembre 1903, février 1904.

Dès le début de l'antisepsie on a eu l'idée d'appliquer les nouvelles méthodes au traitement des métrites cervicales et c'est alors qu'on été si libéralement employées les injections à l'acide phénique ou au sublimé, actuellement rejetés à cause des accidents graves qu'elles déterminent. Des topiques variés figurent encore dans cette pharmacopée ; quelques-uns d'entre eux conservent encore leur place, beaucoup sont tombés dans l'oubli.

Dans ces dernières années, quelques succès obtenus par le traitement physiothérapique des métrites chroniques ont amené à faire entrer ces méthodes dans la thérapeutique

gynécologique. C'est en premier lieu la *diathermo-coagulation*, ensuite l'*ionisation* intra utérine, l'*effluation* qui agit par la chaleur développée, par le dégagement d'ozone et par l'action mécanique des étincelles. Il faut mentionner l'application des *rayons ultra-violets* préconisés par Heitz-Boyer et la *cryothérapie*, cette dernière paraissant donner quelques bons résultats dans les cervicites ne présentant pas de microbisme virulent. Etant donné son application très restreinte et le fait qu'elle expose à des hémorragies ou suintements qui peuvent présenter une certaine importance elle ne semble pas être non plus la méthode de l'avenir.

Depuis que les travaux de Schröder et Cornil on jeté la lumière sur l'anatomie pathologique des métrites les gynécologues ont proposé tour à tour les traitements les plus divers. Nous venons de les passer en revue ; chacun d'eux peut donner des résultats. Mais leur multiplicité même est la meilleure preuve qu'il ne s'en trouve point permettant de promettre à coup sûr une guérison définitive. Nous estimons néanmoins que deux méthodes méritent à être étudiée plus particulièrement, et c'est que nous allons faire avant d'étudier la méthode que nous préconisons. Nous voulons parler du *Néofilhos* et de la *Diathermicoagulation*.

I. — *Le néofilhos* sert à détruire la muqueuse infectée lorsqu'on a affaire à un col volumineux à muqueuse éversée en ectropion plus ou moins proliférante. Cette méthode pour donner des bons résultats, doit approcher fatalement la zone dangereuse, car le crayon de Filhos doit être appliqué fortement de façon à provoquer une escarre assez profonde et nous verrons les suites facheuses et dangereuses qui

peuvent en résulter. Les cautérisations sont répétées deux fois par semaine en moyenne et au bout de deux-trois semaines la muqueuse cervicale est complètement détruite et il ne reste plus qu'à laisser la réparation s'effectuer spontanément en faisant faire à la malade des injections antiseptiques et des applications d'ovules médicamenteux.

Cette méthode si simple en apparence n'est pas, répétons-le, pour cela exempte de dangers. Citons quelques observations particulièrement instructives à ce point de vue.

Vermenlin de Nancy signale un cas d'atrésie du col utérin, après cautérisation au Filhos, cette atrésie provoquant par la suite l'éclatement spontané au cours d'un avortement.

Vayssière cite dans le Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie au mois de février 1933, deux cas de dystocie cervicale après l'application du Filhos.

Brindeau et Dové rapportent le cas d'un accouchement chez une multipare qui a été terminé à cause de la rigidité du col, suite de deux applications de Filhos, par une césarienne. Couvelaire enfin, collectionne deux cas avec conséquence éloigné d'hystérectomie, dans les deux cas le Filhos ayant été appliqué malgré les annexités, contre-indication formelle. Comme nous voyons, le danger est de taille, il ne faut pas oublier non plus que l'application du Filhos donne parfois des réactions annexielles exigeant l'immobilisation au lit pendant trois à quatre jours avec une vessie de glace sur le ventre. En plus, les cautérisations au Filhos sont douloureuses, elles font saigner immédiatement ou lors de la chute de l'escarre et elles doivent être suivies de séances de dilatation répétées et fort désagréables.

II. — La *diathermocoagulation* employée depuis 1926 par M. Dausset dans le service de Physiothérapie de l'Hôtel-Dieu semble posséder tous les avantages du Filhos sans en présenter les dangers, mais malheureusement cette méthode qui aurait pu être parfaite présente des inconvénients qui la rendent souvent inutilisable. Nous ne rentrerons pas dans les détails de la technique qui dépasseraient les limites de notre travail mais disons tout de suite qu'étant donné la nécessité d'un appareillage assez compliqué et coûteux elle ne peut pas être à la portée de tout le monde. En plus, elle continue d'être en applications intracervicales une méthode assez aveugle et irrégulière.

Par l'une ou par l'autre méthode, le traitement doit être fait avec une technique très précise, mais aussi avec une grande attention car ces traitements sont nettement contre-indiqués dans les cas où les annexes présentent une poussée inflammatoire si petite soit-elle c'est la condition essentielle et cela n'est qu'un inconvénient de plus. Rappelons enfin que la diathermocoagulation provoque des contractions utérines entraînant souvent l'avortement.

Comme nous voyons de ce qui précède, parmi tous les traitements physiques, chimiques ou autres appliqués aux cervicites chroniques, les uns sont inoffensifs mais infidèles ou peu efficaces, les autres guérissent mais ne sont pas exempts de dangers ou d'inconvénients de nature matérielle. Actuellement nous utilisons pour les traitements de nos métrites externes des *vaccins polyvalents* qui sont d'une application facile exempte de tout danger, assurant une guérison rapide et définitive dans les cas les plus rebelles.

INTRODUCTION A LA VACCINOTHERAPIE

Un jour viendra sans aucun doute, affirmait naguère Jean-Louis Faure, où quelque vaccin bienfaisant saura guérir les salpingites. Ce rêve, aussi vaste et ambitieux, ne s'est pas encore réalisé en entier, mais du moins est-il permis d'accueillir et de rechercher parmi les données nouvelles que nous fournissent chaque jour, la biologie, la chimie ou la bactériologie, celles qui paraissent susceptibles de recevoir des applications pratiques dont puissent bénéficier les malades. Or, parmi les grandes questions qui sollicitent l'attention du gynécologue il n'en est guère qui soit d'une actualité aussi pressante que la vaccinothérapie.

La vaccination par voie sous-cutanée qui détermine la formation d'anticorps, très en vogue, il y a quelques temps, l'est moins aujourd'hui, car cette méthode peut déterminer des accidents locaux et à distance. Le laboratoire et la clinique s'accordent pour étendre le principe de la décentralisation aux vaccins et même aux sérums antimicrobiens. Les recherches expérimentales nous ont appris l'existence de l'immunité locale en vertu de laquelle chaque groupe de cellules est susceptible de s'immuniser pour son propre compte.

S'inspirant de ces recherches et en se basant sur les expériences très probantes que la vaccinothérapie a donné dans les autres branches de la médecine, les gynécologues se sont mis à pratiquer la vaccinothérapie des organes génitaux. Les observations cliniques dont le nombre s'accroît tous les jours ont montré que la vaccination locale ayant pour but de renforcer les cellules réceptives, rend des ser-

vices infiniment plus importants que la vaccination par une voie parentérale.

Que la destruction des microbes au niveau des organes génitaux soit utile, personne ne pense à le contester aujourd'hui, mais le danger que fait courir à l'organisme l'apparition d'un germe qui passe pour être virulent, ne réside pas uniquement dans ce dernier. Ce qui importe c'est réduire à l'impuissance les germes les plus virulents et les amener à se comporter comme des saprophytes, en un mot donner à la cellule une *immunité acquise*. La destruction des microbes qu'on demandait et qu'on continue à demander aux antiseptiques doit donc être réalisée par des moyens qui modifient simplement la réceptivité des cellules ; ces moyens en l'occurrence, la vaccinothérapie ont l'avantage sur les antiseptiques chimiques d'être *bactéricydes* et non *cytocydes* et partant inoffensifs.

Nous ne discuterons pas le mécanisme possible et le mode d'action des vaccins locaux, cela nous entraînerait dans le champs sans limites des hypothèses et nous nous en tiendrons au côté purement clinique.

Avant de passer à la vaccination locale, nous rappellerons la grande diversité des préparations vaccinales agissant par voie parentérale au point de vue procédés servants à l'atténuation de leur virulence.

Les vaccins sont préparés, tantôt en solution aqueuse, tantôt en solutions huileuses. Même diversité dans le choix des microbes manipulés : ce sont soit des auto-vaccins, soit des hétéro-vaccins, soit des stock-vaccins ; enfin, on a associé dans les promiscuités les plus complexes, les diverses familles microbiennes (streptocoque, staphylocoque, gono-

coque, entérocoque, etc.). La quantité de corps bactériens par cc. est elle-même, très variable et va de 300 millions à 5-6 milliards ou même plus. En général, ces vaccins sont *injectés* et donnent par la suite des réactions générales parfois violentes surtout le vaccin de Delbet, dont l'emploi a pu, sans aucune équivoque être considéré comme dangereux. Ce fait, en même temps que les résultats très décevants que la vaccinothérapie à distance a donné, lui font préférer de beaucoup la *vaccinothérapie locale*.

DIFFERENTES METHODES

Une des méthodes les plus intéressantes est certainement la :

I. *Vaccination régionale par la porte d'entrée de Basset et Poincloux*. Elle consiste à injecter le vaccin *spécifique* à une infection dans les tissus sensibles que les microbes en cause ont, plus ou moins anciennement utilisés pour pénétrer dans l'organisme. Une telle façon de vacciner mérite donc d'être dite « *par la porte d'entrée* ». Elle peut aussi être qualifiée « *régionale* », puisqu'elle donne naissance à des réactions dont les symptômes et les effets curatifs se manifestent dans toute une région du corps constituée (du point de vue pathologique et non anatomique) par les divers organes que le microbe considéré est capable d'infecter électivement. Dans l'infection gonococcique, par exemple, la porte d'entrée est représentée par le méat urétral et la région pathologique par l'ensemble des organes génito-

urinaires et des articulations. Cette méthode offre le vaccin spécifique au tissu qui a été capable de laisser germer le microbe et d'engendrer la maladie vraie, mais ne demande pas l'effet vaccinal à l'organe en proie à l'infection aiguë. Elle semble donner des bons résultats en gynécologie mais comme nous verrons dans ce qui suit, elle présente des inconvénients non négligeables. L'essentiel est la *nécessité d'un diagnostic étiologique précis*, cette méthode exigeant l'emploi d'un vaccin spécifique et son injection dans le tissu ayant servi de porte d'entrée. Cette étiologie n'est pas toujours très nette et, d'autre part, les infections peuvent se surajouter. Il n'est pas rare — et nous avons observé quelques cas — de voir le gonocoque s'associer dans la pathologie génitale féminine, au colibacille, ce dernier devenant subitement pathogène à la faveur d'une blennorragie tenace affaiblissant l'organisme de la malade. Des associations bactériologiques multiples et complexes, une infection monomicrobienne par un germe exceptionnellement hôte pathogène des voies génitales, rendent dans certains cas le diagnostic très difficile, voir impossible. On peut évidemment demander au laboratoire de confirmer une impression clinique ou d'essayer de préciser un point douteux, mais il faut savoir qu'il ne donne dans les infections gynécologiques, que des renseignements de valeur secondaires. La flore microbienne des sécrétions génitales est souvent riche en microbes saprophytes et l'*agent* pathogène principal n'est pas toujours décelable.

Nous n'entrerons pas dans les détails de la technique mais disons tout de suite qu'en cas d'une métrite du col, il s'agit d'introduire le vaccin dans la muqueuse du col, au

niveau du museau de tanche, ou dans la muqueuse de la cavité cervicale en lardant le col de piqûres en nappe ce qui est assez douloureux. On fait une série de 5-6 injections de trois en trois jours. Ces injections sont suivies d'une réaction parfois violente, surtout les deux premières ; cette réaction ne survenant qu'avec le vaccin spécifique, sert de test qui signe en quelque sorte l'exactitude du diagnostic étiologique.

La réponse réactionnelle ne préjuge tout de même pas de l'absence ou de la coexistence d'infections surajoutées. Ces associations microbiennes compliquent le problème de cette méthode vaccinothérapique car les vaccins polymicrobiens qu'on serait tenté d'employer sont à rejeter et l'injection dans une même séance des différents vaccins ou leurs produits électifs déterminant des réactions superposées n'est pas non plus à conseiller. Il faudrait alors faire un traitement prolongé et entreprendre successivement la vaccination contre les divers microbes en cause, ce qui, en pratique, n'est pas réalisable.

II. — L'antivirusthérapie intramusculaire, ou pelvivaccination de Lévy-Solal et Louvel, consiste à porter le vaccin en plein tissu utérin. Par l'intermédiaire du réseau lymphatique et veineux l'appareil génital se trouve ainsi en entier baigné d'antivirus. Ce procédé qui est encore à ses débuts, ne nous intéresse pas beaucoup car il est surtout indiqué dans les infections hautes et dans les infections périutérines, inaccessibles à la vaccinothérapie locale directe.

PULVERISATIONS ET PANSEMENTS AVEC DU VACCINTE POLYVALENT

En nous basant sur les principes de Besredka, selon lesquels chaque organe est considéré comme ayant sa personnalité immunitaire et en nous rapportant aux travaux de Ravina (1), qui utilise les pansements intra-utérins au filtrat de culture de streptocoque, aux travaux de Delmas (2), de Lévy-Solal et Simard (3), qui se servent de l'antivirus streptococcique, de Mme Aïtoff (4), qui se sert de l'antivirus gonococcique, nous sommes arrivé fatalement au traitement des métrites externes du col par une méthode qui serait capable de les guérir toutes ou presque. Sous la direction de MM. R. Dauney et T. Gallet (5), nous avons fait agir sur les muqueuses vaginales et du col utérin infectées, des vieilles cultures microbiennes chauffées à 100° renfermant des *variétés* microbiennes habituellement rencontrées dans les sécrétions vaginales au niveau du col uté-

(1) J. Ravina : Théraputique de l'infection puerpérale par les pansements intrautérins au filtrat de culture de streptocoques. Thèse de Paris, 1926.

(2) P. Delmas : Prophylaxie de l'infection puerpérale. Concours Médical, octobre 1927.

(3) Lévy-Solal et Simard : Traitement précoce de l'infection puerpérale au moyen de pansements spécifiques (antivirus streptococcique). Presse Médicale, juillet 1928.

(4) Mme Aïtoff : De la vaccination locale dans la gonococcie de la femme. Presse Médicale N° 77.

(5) R. Dauney et T. Gallet : Traitement de la leucorrhée et des réactions inflammatoires des muqueuses vaginales et du col utérin, par la méthode de vaccination locale de Besredka. Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie, mai 1935.

rin. C'est donc une méthode de vaccination tissulaire, essentiellement locale et différente de la vaccination de l'organisme par production d'anticorps.

Nous avons employés dans nos différents traitements des ovules Inséva à base de bouillon vaccin chauffé à 100° qui renferment : colibacilles, entérocoques, streptocoques, staphylocoques, bacilles d'Hoffmann et le bouillon-vaccin qui nous ont été fournis par les laboratoires de Séro et Vaccinothérapie de Garches.

TECHNIQUE

Nous procédons de la façon suivante : la femme en position gynécologique, nous mettons un spéculum et procédons à la pulvérisation en projetant sur la muqueuse vaginale et cervicale la fine poussière vaccinale à l'aide d'un instrument à pulvérisation quelconque. Il faut que le vaccin soit projeté en abondance et sous tous les replis de la muqueuse. Cette pulvérisation qui ne dure que deux ou trois minutes est suivie d'un tamponnement ayant pour but d'enlever l'excès de liquide. Après chaque séance nous mettons une compresse ou une mèche que la femme doit retirer dans la soirée, cette compresse se trouve imbibée de notre vaccin polyvalent. On procède à une ou deux pulvérisations par semaine et dans les intervalles la malade prend tous les soirs, une injection vaginale d'eau bouillie suivie d'une application d'ovule à base de bouillon vaccin. Dans les cas où pour des raisons quelconques la femme ne peut

pas suivre les séances de pulvérisation ou de tamponnement, les ovules à eux seuls peuvent donner des résultats surprenants (voir Observation IX). Y a-t-il des *réactions* post-vaccinales ? Si quelquefois elles existent, elles sont de si peu d'importance que seulement quelques très faibles sensations douloureuses dans le bas-ventre avec très minime élévation de température, attirent notre attention. Tout rendre d'ailleurs dans l'ordre en 12-24 heures sans nécessité de traitement calmant.

Comme on verra d'après les observations recueillies dans le service de M. Devraigne qui nous a permis de poursuivre à la Maternité de Lariboisière les travaux nécessaires à l'accomplissement de ce travail et à qui nous exprimons notre reconnaissance la plus respectueuse, les *résultats* de la vaccination locale sont très intéressants. On note d'abord la rapidité de la guérison survenant entre un à trois mois, suivant l'ancienneté des cas ; ensuite le rôle du laboratoire qui nous permet de suivre l'évolution de l'affection et constater le plus souvent la disparition des microbes pathogènes.

QUELQUES MOTS SUR LE CANCER DU COL ET LA VACCINOTHERAPIE LOCALE

Avant de terminer ce chapitre, nous voudrions nous arrêter sur le traitement par la vaccinothérapie des sphacèles du col utérin arrivés à un certain degré d'évolution, ces sphacèles étant dus au cancer du col.

Au niveau du col on voit apparaître un liquide sanieux, purulent, mélangé avec du sang. Les microbes les plus

variés se mettent à pulluler dans les tissus ulcérés et il se forme des plaques de phacèle susceptibles de donner naissance à des accidents des plus graves. L'intervention du chirurgien devient, en pareils cas, de plus en plus aléatoire; quant à la curiéthérapie, non seulement elle n'est d'aucun secours, mais elle est même contre-indiquée, car le radium appliqué sur les tissus riches en microbes ne fait qu'exalter l'activité de ces derniers : on connaît des cas de septicémies mortelles, occasionnées par application de radium sur des utérus infectés.

Hartman, Aitoff et Fabre se sont proposés en 1928 de lutter contre ces infections secondaires du cancer en préparant et en utilisant des souches isolées chez les malades elles-mêmes. Nous pensons que les pansements avec du vaccin-bouillon polyvalent sont appelés à jouer un grand rôle dans ce traitement tellement important. Parmi les observations qui suivent, les six premières sont recueillies par MM. R. Douay et T. Gallet qui ont bien voulu me permettre de les citer, dont je leur exprime ma grande reconnaissance les trois dernières me sont personnelles.

OBSERVATIONS

Voici, résumées, quelques observations :

OBSERVATION I

Mme S..., 23 ans, consulte pour pertes blanches, à l'examen, petit col rouge, leucorrhée, érythème de la face interne des cuisses. Les pertes renferment du mucus, des cellules, des staphylocoques, des entérocoques. Après trois semaines de traitement par ovules et pulvérisations, les pertes sont très diminuées, disparition de l'érythème des cuisses. Un nouvel examen des pertes indique : pus en petite quantité des bactéries banales.

OBSERVATION II

Mme R..., enceinte, présentant de la leucorrhée et des urines renfermant des globules blancs ; à l'examen des pertes avant traitement : pus abondant, entérocoques, gonocoques ; examen des urines : pus en petite quantité, innombrables bactéries, coli-bacilles, staphylocoques, entérocoques. Traitement d'un mois par ovules, pansements

vaginaux et du col à l'aide de bouillon-vaccin additionné de filtrat de culture de gonocoque. Vaccin anticolibacillaire par voie buccale. Examen des sécrétions prélevées au niveau du col : pus, cellules, entérocoques, staphylocoques, pas de gonocoques ; urines : quelques leucocytes, quelques cellules, pas de bactéries.

OBSERVATION III

Mme F..., 36 ans, consulte pour nombreuses pertes blanches ; à l'examen on note col rouge, glaires blanchâtres, légère exocervicite. Examen des pertes : pus en assez grande quantité, nombreuses cellules, innombrables bactéries : subtilis, catarrhalis. Traitement par ovules et pulvérisation deux mois et demi. Examen des pertes : pus petite quantité, mucus abondant, bactéries banales.

OBSERVATION IV

Mme V..., 26 ans, consulte pour nombreuses pertes. Rapports impossibles depuis trois mois. A l'examen on note un vaginisme très net, introduction du spéculum très douloureuses ; col rouge, gros, avec érosion de la muqueuse et laissant soudre des glaires très épaisses (Voir Photo N° 1), examen des sécrétions : pus extrêmement abondant, innombrables bactéries banales, des entérocoques. Après huit jours d'ovules et deux séances de pulvérisation, plus aucune sensation douloureuse à l'examen au spéculum ; rapports possibles. Deuxième examen des sécrétions : mucus abondant, pus petite quantité, quelques entérocoques ; après

sept semaines de traitement col et muqueuse d'apparence presque normale ; est devenue enceinte (Voir Photo N° 2).

OBSERVATION V

Mme V..., 32 ans, consulte pour pertes blanches ; à l'examen on note un col petit, rouge, glaires épaisses purulentes, renfermant mucus abondant, pus, des staphylocoques. Après trois mois de traitement par ovules et pulvérisations disparition des pertes ; examen de la sécrétion prélevée au niveau du col : mucus abondant, bactéries banales.

OBSERVATION VI

Mme L..., 26 ans, consulte pour nombreuses pertes blanches et stérilité (mariée depuis huit ans). A l'examen on note un col rouge, exocervicite, œufs de Naboth, glaires abondantes ; examen des sécrétions : pus très abondant, cellules et innombrables catarrhalis. Traitement par ovules et pulvérisations pendant deux mois ; disparition des pertes à peu près totale ; examen des sécrétions prélevées au niveau du col : pus en petite quantité, très nombreuses cellules épithéliales, des bactéries banales.

OBSERVATION VII

Mme B..., 38 ans, consulte pour pertes blanches et stérilité. Dans son passé diathermocoagulation du col sans résultat. A l'examen on trouve : col gros, lèvres béantes, le fond du vagin est rouge, ulcération du col. Sécrétion

épaisse, leur examen : pus et entérocoques. Traitement par pulvérisations et ovules, innombrables catarrhalis, staphylocoques pendant sept semaines ; pertes peu abondantes, glaires claires, disparition de l'ulcération. Examen des sécrétions pratiqué au niveau du col : mucus abondant, bactéries banales.

OBSERVATION VIII

Mme A..., 35 ans, consulte pour pertes blanches et irritation de la face interne des cuisses. A l'examen, on note : col avec cervicite, pertes épaisses abondantes, l'examen au spéculum révèle une douleur survenant d'ailleurs au cours des rapports. Examen des sécrétions, pus, cellules, bactéries : subtilis, entérocoque. Après six semaines de traitement par ovules et pulvérisations : diminution, presque disparition des pertes, disparition de l'irritation des cuisses, disparition du vaginisme. Deuxième examen des sécrétions : quelques bactéries banales.

OBSERVATION IX

Mme S..., 27 ans, consulte pour pertes peu abondantes. A l'examen on note un col rouge, gros, le fond du vagin est rouge. Glaires assez claires contiennent : nombreux catarrhalis, un peu de pus, diplocoques. Après cinq semaines de traitement par ovules *sans pulvérisation*, tout rentre en ordre, les pertes disparaissent. A l'examen des sécrétions prélevées au niveau du col : mucus très abondant, bactéries banales très abondantes.



Fig. 1, Observation IV

Photo prise avant le traitement

(Photo empruntée à la collection de M. R. Daunay)



Fig. 2. Observation IV
Photo prise après sept semaines de traitement
(Photo empruntée à la collection de M. R. Daunay)

CONCLUSIONS

Si la métrite et surtout l'exocervicite n'est pas en soit une affection immédiatement redoutable, elle n'en constitue pas moins une menace sérieuse pour l'avenir par les complications qu'elle peut entraîner.

Contrairement à la métrite du corps qui peut guérir spontanément mais qui se montre souvent rebelle au traitement, la cervicite qui tend à persister indéfiniment est très accessible aux divers traitements. C'est donc sur elle qu'il faut s'attaquer tant que les lésions restent localisées au col, que la muqueuse du corps est encore saine et que les annexes ne sont pas atteintes.

Lorsqu'en un mot la métrite n'est encore qu'une cervicite, elle peut et elle doit guérir.

Après avoir passé en revue tous les traitements les plus importants des métrites externes, il nous semble pouvoir affirmer, que la vaccination locale par la méthode de Besredka, faite sous forme de pulvérisations, tamponnements ou applications d'ovules seulement, peut être considérée comme une méthode thérapeutique qui mérite pleinement d'être vulgarisée, d'abord parce qu'elle a fait ses preuves dans d'autres domaines de la médecine, parce qu'elle est la plus simple et ne présente pas des dangers. Cette vaccination

empêche des infections locales ou distantes se produire par son action bactéricide, fait cesser la leucorrhée la plus persistante et joue un rôle très important dans le traitement de la stérilité.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

DEBRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Mme AITOFF. — De la vaccination locale dans la gonococcie de la femme (Presse Méd., N° 77, 1928).
- N. ARENAS et A. EMMANUEL. — Traitement des cervicites chroniques par l'électro-coagulation : résultats (Revue Franç. de Gyn. et d'Obst., octobre 1933).
- BAUX. — Césarienne basse pour atrésie du col, consécutive à des applications de Filhos (Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn., 1932).
- A. BASSET et P. POINCLOUX. — Sur une nouvelle méthode de traitement des infections utérines et annexielles, métrites du col (Gynécologie, juillet 1927).
- A. BESREDKA. — Antivirusthérapie, Masson et Cie, 1930.
- D. BLANCHIER. — La vaccination régionale par la porte d'entrée, Méthode Basset et Poincloux (Journ. de Méd. et Chirurgie pratiques, nov. 1930).
- J. C. BOURLAKOFF. — De l'immunisation locale dans les affections gynécologiques (Wratchebnoïe Dielo 1925).
- M. CABAILLE. — Les étapes du traitement de la métrite cervicale chronique (Thèse, Paris 1931).
- A. CHENILLEAU. — Traitement physiothérapique des métrites du col (La Presse Thermale et Climatique, juin 1932).

- X. COLANERI. — La vaccinothérapie locale et buccale dans le traitement des métrites (Bulletin Méd., Paris, octobre 1929).
- COUVELAIRE. — Métrites chroniques (Société d'Obst. et de Gynéc. 1924).
- COUVELAIRE. — Résultats obstétricaux du traitement des métrites chroniques (Médecine 1924).
- C. DANIEL, S. GOLDENBERG et BAYLER. — Traitement des inflammations utéro-annexielles par le vaccin de Delbet (Revue Franç. de Gyn. et d'Obst., nov. 1929).
- Ch. DAVID. — Traitement des métrites externes par le néo-Filhos (« Hôpital », janvier 1932).
- F. DEZAMY. — Contribution à l'étude du traitement des cervicites chroniques par la diathermo - coagulation, (Thèse, Paris 1932).
- R. DAUNAY et I. GALLET. — Traitement de la leucorrhée et des réactions inflammatoires des muqueuses vaginales et du col utérin par la méthode de vaccination locale de Besredka (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, mai 1935).
- P. DOBRYLOVSKY. — Lokalin immunita podle Bezredky a pouziti filtra tu Bezredkova vgynackologii (Lekaru Ceskych 1928).
- Y. DONNAT. — Traitement par l'électricité de certaines formes de métrites (Thèse de Paris 1903-1904).
- E. DUBREUILH. — Traitement médical des métrites du col (Journal de Médecine de Bordeaux, oct. 1927).
- P. FLANDRIN. — Traitement des métrites cervicales par la Haute Fréquence (Presse Médicale, avril 1926).

- W. E. GROUNDAL. — Endocervicitis and erosions, treatment by electro-surgical methods (Wisconsin M. Y., sept. 1931).
- A. GUILLEMIN. — Sur le traitement des métrites cervicales (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, janvier 1927).
- H. HARTMANN, M. AITOFF et S. FABRE. — Vaccinothérapie locale (antivirusthérapie), des cancers sphacelés du col utérin, Masson, Paris 1929.
- S. KARHAUSEN. — Du traitement des métrites ulcérées du col par le néofilhos (Journal de Médecine de Paris, mars 1934).
- G. LACAPERE et M. LARDAT. — Le traitement pratique de la métrite chronique (La Clinique, mai 1933).
- LEVY-SOLAL et SIMARD. — Traitement précoce de l'infection puerpérale au moyen de pansements spécifiques (Antivirus streptococcique, Presse Médicale, juillet 1928).
- Y. E. MARCEL. — Métrites cervicales chroniques et diathermocoagulation (Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine de Paris, janvier 1934).
- Y. E. MARCEL. — Filhos ou diathermocoagulation (Bulletin Médical, Paris, janvier 1933).
- S. MOSSE. — Comment soigner une métrite chronique ? (La Médecine Internationale Illustrée, avril 1928).
- P. MULLER. — Les métrites ulcéreuses chroniques et leur traitement (Evolution Thérap. 1926).
- P. POINCLoux. — La vaccination régionale. Son application aux traitements des métrites (Société de Biologie, 30 juin 1928).

- Y. RAVINA. — Thérapeutique de l'infection puerpérale par les pansements intra-utérins au filtrat de culture de streptocoques (Thèse, Paris 1926).
- Y. SEGUY. — Métrite chronique du col et stérilité féminine (Revue Médicale Française, avril 1931).
- P. TRON. — Essai d'application d'antivirus, d'après la méthode de Besredka dans les affections puerpérales (Journal de Microbiologie de Leningrad T. II 1926).
- E. VASSILIYEVITCH. — Contribution à l'étude du traitement des métrites cervicales (Thèse Bordeaux 1925-1926).
- E. VAYSSIERE. — Deux cas de dystocie cervicale après l'application du caustique Filhos (Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn., février 1933).
- E. VILLARD et G. MONTEL. — Cervicite chronique et cancer ; états précancéreux du col utérin (Gynécologie et Obstétrique, juillet 1929).
- A. ZIMMERN et A. PECKER. — Traitement physiothérapique des métrites chroniques (La Médecine, juin 1933).
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	9
Cervicites	12
Ethiologie — Pathogénie	12
Anatomie pathologique	14
Cervicites	18
Cervicites et cancer	19
Traitements	22
Introduction à la vaccinothérapie	27
Différentes méthodes	29
Pulvérisations	32
Technique	33
Sur le cancer du col	34
Observations	36
Conclusions	42
Bibliographie	44

